…………………………… ………………………

 ( imię i nazwisko) ( miejscowość, data)

………………………………………

 ( adres zamieszkania )

………………………………………

 ( dane kontaktowe )

**OŚWIADCZENIE**

**o braku przeciwwskazań zdrowotnych**

Oświadczam, że nie posiadam przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jemielnie.

 ……………………………….

 (podpis)